

Estudio de Caso: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Propuesta de Intervención Temprana para un posible Caso Clínico de Trastorno de
Personalidad Límite

M^a Pilar Aguilar Escusa

Universidad de Zaragoza

Resumen

El propósito de este trabajo es analizar los datos de una historia clínica real de una joven, de la cual se sospecha que se puede tratar de un trastorno de personalidad límite, tomando como referencia los criterios del DSM-IV-TR. Los datos se han obtenido de una consulta clínica de manera totalmente confidencial y con consentimiento del especialista. Se profundiza en la definición del trastorno, desde sus inicios hasta la actualidad, y se exponen sus posibles causas y criterios diagnósticos. Por último, se realiza una breve revisión bibliográfica de los tratamientos utilizados para este trastorno, aunque se exponen sólo los de mayor relevancia y eficacia, y se propone una intervención temprana ajustada a las características de la joven, basada en las técnicas utilizadas por la Doctora Linehan en su Terapia Cognitivo-Conductual desarrollada para este tipo de trastorno.

Palabras claves: Trastorno de personalidad límite, historia clínica, DSM-IV, intervención temprana, tratamientos, Terapia Cognitivo-Conductual.

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo la presentación de un caso clínico real de una joven, en la cual se observa una serie de rasgos con tendencia límite. Se debe señalar que el fin no es el de diagnosticar o poner una “etiqueta” sino más bien exponer un caso y proponer una intervención temprana en función de sus necesidades particulares.

La elección de este tema viene dada porque el área de los trastornos de personalidad constituye, hoy en día, uno de los mayores retos en el campo de la salud mental. Éstos se caracterizan por ser patrones desadaptativos de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas, que comienzan muy temprano en la vida y se perpetúan a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones (Caballo, 2010).

En concreto, el trastorno límite de la personalidad (TLP) tiene una prevalencia del 2% de la población general y aproximadamente del 10% de los sujetos vistos en los centro ambulatorios, cuyo reiterado uso es común en estos pacientes. Este trastorno se sitúa entre el 30 y el 60% en las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad, y se diagnostica con preferencia en mujeres.

Trastorno de la personalidad límite

Definición

El TLP se describe como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos (APA, 2000).

Desde los primeros escritos de la literatura psicopatológica (Homero, Hipócrates, Areteo) se han descrito pacientes en los que coexisten intensos y divergentes estados de ánimo, tales como la euforia, la depresión o la irritabilidad (Belloch y Fernández, 2005).

El concepto “*borderline*” fue descrito por primera vez dentro de la escuela psicoanalítica por Adolph Stern en 1938, la designación de “*el grupo límite de las neurosis*” hacía referencia a aquellos pacientes que presentaban manifestaciones clínicas intermedias entre la neurosis y la psicosis.

Kernberg (1975) empleó el término *límite* para describir una organización patológica, específica y estable. Como resultado se fue hablando ya de una “*estructura de personalidad borderline*” diferenciable tanto de la neurosis como de la psicosis. Aunque el máximo representante de este concepto es Kernberg, hay otros autores claves en la historia del constructo, como Stern, Knight, Hoch y Polatin o Materson, también apuntaron hacia esta idea de lo límite como estructura de la personalidad.

Hoy en día la validez del “trastorno límite de personalidad” se encuentra aceptada, mientras que otros aspectos como sus causas o tratamiento no están tan claros.

Etiología

A lo largo de la historia del TLP han sido varios los enfoques desde los que se ha tratado de establecer las causas. A continuación se expone cada una de las perspectivas:

Perspectiva biológica. La hipótesis de que los límite tienen un temperamento¹ fuerte al comienzo de su vida, tiene un enorme atractivo intuitivo. Determinadas características como, impulsividad, irritabilidad, hipersensibilidad, labilidad emocional, y reactividad e intensidad emocionales, se han asociado a un sustrato biológico (Millon, Grossman, Millon et al. 2006).

También hay investigaciones realizadas con hermanos gemelos y adoptados que demuestran que la historia familiar de trastornos psiquiátricos es un factor muy relevante.

¹ El temperamento es entendido como una disposición biológica básica hacia ciertos comportamientos.

En otros estudios se ha encontrado que en los pacientes con TLP que en estos hay una mayor prevalencia de daños cerebrales, adquiridos o evolutivos. A partir de estos estudios diversos autores concluyen que hay un paralelismo entre los síntomas que se asocian con una disfunción frontal y los del TLP (impulsividad rigidez, pobre autocontrol y perseveración) (Belloch y Fernández, 2005).

Y en otros han estudiado la relación con los neurotransmisores, donde se asocia el trastorno de los impulsos a un bajo nivel de serotonina y alto de noradrenalina, lo que provoca activación sin inhibición comportamental.

Perspectiva psicodinámica. Desde la escuela psicoanalista se habla de tres niveles de funcionamiento: normal, neurótico y psicótico. Tras varios fracasos con la terapia, se empezó a observar como un grupo de pacientes con problemas, que no era psicóticos, no funcionaban con la terapia.

Esos pacientes son los hoy denominados “límite”, los cuales se caracterizan por una debilitación del yo, manifestaciones emocionales primitivas de intensidad elevada y problemas con el control de los impulsos. Para dar explicación a esto se pone el énfasis en tres aspectos: (a) el papel de la “separación-individuación” y la ambivalencia que ello crea, (b) la implicación parental, y (3) los abusos en la infancia

Perspectiva cognitiva. El estilo cognitivo de los límite está determinado por la estructura disociada de sus representaciones objetales (Millon, Grossman, Millon at al.2006).

Pretzer considera que el pensamiento dicotómico y el uso de categorías excluyentes constituyen la principal distorsión cognitivo de la personalidad límite. De este modo, los pacientes límites se ven obligados a hacer interpretaciones extremas.

Perspectiva biosocial. La característica principal del trastorno de personalidad es la desregulación emocional que se debe a una interacción entre aspectos biológicos y un ambiente invalidante.

Los aspectos biológicos tienen que ver con una alta vulnerabilidad emocional, una tendencia a experimentar emociones muy intensas, y una dificultad para volver a la línea base. El ambiente invalidante hace referencia a un patrón de crianza que responde de manera errónea o inapropiada frente a las experiencias privadas.

Caso clínico

Exposición del caso

A continuación se describe el caso de una joven de 17 años que, de aquí en adelante llamaremos Sonia. Ella es la primera de dos hermanos y actualmente reside con sus padres y su hermano en un pueblo de la provincia de Teruel.

Acude a consulta por primera vez en Febrero del año 2009 por un gesto autolítico mediante intoxicación medicamentosa. Durante la primera entrevista, Sonia afirma que se siente muy presionada y exigida por sus padres, la madre, por su parte, reconoce ser muy exigente y perfeccionista tanto con ella misma como con los de su alrededor. Desde ese momento, la joven acude a consultas periódicas en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) con la psiquiatra. En Junio se le da el alta.

En Agosto de 2010, Sonia es derivada a la misma unidad desde urgencias por un nuevo intento autolítico de las mismas características que el anterior pero con una mayor ingesta de medicamentos. En Julio precisó atención puntual por ansiedad y desde entonces se encontraba en seguimiento por una psicóloga privada. La paciente se encontraba aparentemente bien días previos, cuando antes de acostarse tomó la medicación con fines autolíticos, según aportó ella, de forma impulsiva. Llama la

atención la instauración brusca del cuadro sin causa aparente; y por otro lado la escasa propaganda que le dio al acto, el no asegurarse un rescate y la falta de arrepentimiento. A partir de entonces, vuelve a acudir otra vez a la USMIJ llevada, esta vez, por el psicólogo.

A lo largo de las distintas consultas los padres hablan de que Sonia no acepta responsabilidades, miente mucho, robos en casa, manipulación al hermano, expedientes disciplinarios en el instituto, fugas y constantes conflictos entre la madre y ella que acaban desembocando en rotura de objetos, golpes a la madre y constantes insultos recíprocos. Ambas reconocen que Sonia es muy emotiva (lábil emocionalmente) y que sus reacciones son muy exageradas.

No hay indicios de un consumo habitual de drogas, aunque sí un consumo excesivo de alcohol los fines de semana. Es fumadora habitual de tabaco y, en ocasiones, sus padres le han encontrado marihuana.

Recientemente, en Marzo de este mismo año acuden los padres a consulta y comunican que, tras una discusión, Sonia se ha ido de casa y está viviendo con su último novio. En la última consulta acude ella sola y desde un principio dice no querer hablar porque está enfadada pero no explica el motivo. A la siguiente cita ya no acude porque dice no creer necesitarlo, sin embargo, en consultas telefónicas con la madre cuenta que ha vuelto a casa y después de una semana estable vuelve a haber peleas continuas en el hogar.

Justificación del posible diagnóstico

Conviene aclarar de nuevo que no se pretende poner un diagnóstico de personalidad límite a esta paciente, sino más bien señalar un posible trastorno que se pueda producir a la larga en función de la tendencia que hay a cumplir los criterios.

La justificación se basa en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), propuesto por la American Psychological Association.

Criterio 1: *Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado*. Utiliza chantajes emocionales con sus padres: “*Si me quitáis el perro no se lo que soy capaz de hacer*”. Además, con su actual pareja ha aguantado maltratos físicos y psicológicos.

Criterio 2: *Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación*

A lo largo de la historia clínica se habla de diferentes chicos, especialmente de dos que son los de mayor duración, uno de ellos en el año 2011 y otro es el actual. Con ambos pasa mucho tiempo en su casa, deja de salir y quedar con las amigas,... y, sin embargo, cuando la primera relación se acaba no parece afectarle y mejora el estado de ánimo.

Esta necesidad por tener siempre a alguien a su lado puede estar causado por la carencia de cariño y apoyo que vive en su casa, con su familia. La relación con sus padres y hermano también es muy inestable y suele utilizar mucho a éste último.

Criterio 3: *Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable*.

No se producen alteraciones de la autoimagen pero sí cambios bruscos de las opiniones y los planes de futuro sobre lo estudios. En 3º de la E.S.O baja mucho su rendimiento escolar y repite, entonces se plantea el dejar de estudiar. Más tarde continúa con el objetivo de conseguir el título de graduado escolar, pero posteriormente expresa el deseo de irse a Valencia, trabajar allí y dejar los estudios. Finalmente, termina sacándose la E.S.O. Empieza un Módulo de Grado Medio donde a los pocos meses afirma otra vez querer ponerse a trabajar y dejar de estudiar. En la última consulta a la

que acudió vuelve a mostrar interés por formarse y acabar el grado, incluso habla con su tutora para que le ayude a recuperar las clases perdidas, pero en la última consulta telefónica con la madre comenta que, ha dejado de ir a algunas clases y en casa no estudia ni trabaja.

Criterio 4: Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo

Se puede observar impulsividad en varias áreas. En primer lugar, en los robos cometidos en casa, ya sea, por ayudar a uno de sus novios a saldar unas deudas de drogas, o, por interés propio. En segundo lugar, cuando decide irse a vivir con su actual novio en medio de una discusión con sus padres. Y, por último, hay un consumo excesivo de alcohol y tabaco, y, ocasionalmente de marihuana.

Criterio 5: Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

En la historia se registran dos gestos autolíticos: el primero de ellos a los 13 años en 2009, y el segundo con 15 años en 2010. En ambos utilizada la misma estrategia, ingiere medicamentos antes de irse a dormir, según aporta la joven, de forma impulsiva. Diferenciando que en el segundo intento ingirió una mayor cantidad. En los dos intentos llama la atención la instauración brusca del cuadro sin causa aparente; y por otro lado la escasa propaganda que le dio al acto, el no asegurarse un rescate y la falta de arrepentimiento.

Criterio 6: Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo

Ella misma reconoce ser muy inestable emocionalmente y tener reacciones muy exageradas que duran unas horas, tanto con su familia como con las amigas. Cuando sus padres no le dejan salir o discute con las amigas vuelven las ideas de quitarse la vida.

Criterio 7: *Sentimientos crónicos de vacío*. No se cumple

Criterio 8: *Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej.: muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)*

En la historia se citan varias agresiones a la madre, expedientes en el instituto por enfrentamiento a los profesores, explosiones verbales en casa, así como golpes y rotura de objetos.

Criterio 9: *Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves*. No se cumple.

Revisión de tratamientos

Desde el uso del concepto *límite* se han propuesto distintos tratamientos, como los psicoanalíticos o farmacológicos, en los cuales se pueden encontrar estudios de eficacia. Sin embargo, para no extenderme demasiado expondré los más utilizados hoy en día.

Tratamientos cognitivo-conductuales

La terapia de conducta podría considerarse uno de los dos tratamientos más eficaces del TLP, junto con la terapia cognitivo-conductual-dialéctica que más tarde será expuesta. Bloxham, Long, Alderman y Hollin (1993) informan de un tratamiento exitoso mediante técnicas conductuales (refuerzo positivo y negativo, economía de fichas y tiempo fuera) de la conducta de ayuno y autolesiones de un paciente internado diagnosticado de TP límite, a la vez que afirman que este tratamiento obtiene mejor resultado que la terapia de grupo habitual que utilizan como comparación. Kush (1995) publica un caso clínico exitoso con comportamientos suicidas tratados conductualmente mediante extinción y problemas de autocontrol emocional tratados con reforzamiento (Pérez y cols. 2003).

Por otro lado, en los tratamientos cognitivos, cuyo objetivo es corregir los pensamientos distorsionados del paciente se ha propuesto el uso de la terapia cognitiva

de Beck, cuyo objetivo reside en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales. Beck y Freedman (1990) plantean un tratamiento que disminuya el pensamiento dicotómico, aumente el control sobre las emociones, se fortalezca la propia identidad del paciente y se cree una alianza terapéutica. Beck (1990) señala, que si bien los límites presentan muchas distorsiones cognitivas, el pensamiento dicotómico es especialmente notable y complica mucho el llevar a cabo la terapia. Pretzer (1998) afirma la eficacia del enfoque cognitivo-conductual basada en la terapia cognitiva de Beck y Freeman (1992-1995) aportando informes de casos clínicos.

Otros autores como Bockian (2002) han utilizado la relajación en estos pacientes, así como la terapia de las artes expresivas y la terapia musical.

Por último, un tratamiento que se lleva a cabo desde el año 1997 en la Unidad Funcional del Centro Asistencial de Málaga es la terapia icónica, avalada por estudios de eficacia (Santiago, Castro, Cañamero, y cols. 2005).

Terapia cognitivo-conductual dialéctica

En primer lugar, se debe explicar por qué esta terapia no está ubicada en el apartado anterior de psicoterapias cognitivas-conductuales cuando hay un gran número de artículos que la sitúan en esa perspectiva. Conviene aclarar que la principal diferencia reside en que lo que se pretende con esta terapia no es resolver los problemas emocionales a través del cambio de conducta o de cogniciones, sino aceptar y validar las propias emociones y desde ahí conseguir un cambio. Esto hace que se pueda ubicar en las terapias de Tercera Generación, es decir, aquellas que son sensibles al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, tendiendo a la construcción de repertorios flexibles y efectivos.

El enfoque teórico se basa en una aproximación biosocial (*véase etiología*) y una perspectiva basada en la filosofía dialéctica. Los principios dialécticos que recoge son el principio de interrelación y globalidad, polaridad y cambio continuo.

El objetivo de la terapia es reconocer y validar la propia vulnerabilidad emocional y proporcionar habilidades para la regulación de las emociones. Además se llevan a cabo actividades para el entrenamiento en habilidades sociales, el control de impulsos, la flexibilización de los patrones cognitivos y el sentido de identidad personal. El programa de tratamiento se basa en una jerarquía de metas (1) conductas suicidas y parasuicidas, (2) conductas que interfieren en el curso de la terapia, (3) conductas que afecten a la calidad de vida, y (5) aumentar habilidades comportamentales

Como ya se ha comentado en el apartado anterior, esta terapia es uno de los dos tratamientos más eficaces hoy en día para el TLP, a pesar de que algunos autores (Díaz, 2001; Pérez y cols. 2003) insisten en que para una eficacia bien establecida es necesario que se publiquen estudios de dos grupos de investigadores diferentes. Además, la principal crítica que se le hace a este modelo y algunos otros de terapia de conducta es que consiguen modificar conductas problemáticas como el suicidio o las autolesiones pero no otras conductas más características del trastorno.

Propuesta de intervención temprana

Una vez revisado los distintos tratamientos que han sido aplicados a este trastorno, se presentará una propuesta de intervención temprana adaptada a las circunstancias del caso que se ha expuesto en este trabajo.

En primer lugar, el modelo terapéutico utilizado como guía será la *Terapia Cognitivo-Conductual Dialéctica*, en especial las habilidades que se trabajan en ella, aunque también se incluirán técnicas conductuales.

Los objetivos que se pretenden conseguir con esta intervención son (1) reducción de conductas e ideas de autolisis, (2) moderar la ansiedad (2) desarrollar habilidades de regulación emocional (3) desarrollar habilidades para la resolución de problemas, (4) desarrollar habilidades de tolerancia a la frustración, (5) desarrollar habilidades de comunicación.

El tratamiento se dividiría en dos partes, por un lado se realizaría una fase de psicoeducación, con el objetivo de explicar las técnicas que serán utilizadas a la paciente, establecer una relación terapéutica empática, hablar sobre metas y valores de la paciente y pactar un compromiso de asistencia a las sesiones. Y la segunda fase sería la de tratamiento.

En la fase de tratamiento, el primer objetivo está dirigido a la reducción o eliminación de las ideas de suicidio, ya que, a lo largo de la historia de la paciente se han producido dos intentos de autolisis. En este caso se trabajará con dichas ideas como se hizo en consulta debido a los buenos resultados que se obtuvieron y la eficacia que tienen para la paciente. Para ello se trabajó del siguiente modo: se sabe que esas ideas aparecen de manera impulsiva o como producto de la frustración, por ello, se le dan pautas a la paciente para intentar relajarse y pensar en algo agradable y decirse así misma “*esto es un tontería, mañana pensaré de otra manera*”. Para conseguir que esta pauta funcione, se tendrá que trabajar el segundo objetivo, moderar la ansiedad.

Para ello, se dedicarán unas sesiones a practicar la *Relajación Progresiva de Jacobson* con el objetivo de reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular, que consiste en ejercicios de tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación (Ruiz y cols, 2012). La paciente lo realizará tumbada y, una vez hecho en consulta, se le mandará practicarlo en casa de 3 a 4 veces por semana. En estas sesiones

participará la madre de Sonia también, ya que, se considera que muchos de los conflictos se dan porque la madre no es capaz de controlar su nivel de activación cuando hay algún incidente con la paciente. La técnica se puede observar en el Anexo I.

Como tercer objetivo, se trabajará el desarrollo de las habilidades de regulación emocional, ya que, es uno de los puntos más débiles de la paciente. Para ello se seguirán distintos pasos:

- Se le instruirá en conceptos básicos como qué es una emoción, describirla, qué tipo de emociones hay y las cualidades adaptativas de éstas. Para ello, se utilizará la *Ficha de Regulación de las emociones N° 3: Modelo para describir las emociones* (Anexo II) sacada del Manual de tratamientos de los trastornos de la personalidad propuesto por la doctora Linehan.
- Paciente y terapeuta trabajarían el análisis funcional como el del anexo III. Una vez hecho, podremos saber qué cambios hay que hacer en los hábitos de la paciente, y, de este modo, se deberá potenciar a corto plazo la realización de actividades que sean beneficiosas para la paciente y provoquen en ella emociones positivas que están en concordancia con sus propios valores. Para ello, es necesario que la paciente tenga un equilibrio en nociones básicas como, dormir lo necesario, alimentarse bien, hacer ejercicio, tratar las enfermedades físicas y evitar la ingesta de medicamentos o drogas que no estén prescritas por el médico, por lo tanto éstas serán unas de tareas que se tenga.
- La paciente realizará una lista de las actividades que le resulten agradables, como por ejemplo, darse un baño largo, pasar tiempo con las amigas, tomar el sol, comer su comida favorita, etc...
- Como tareas para casa, la paciente tendrá que rellenar, por una parte, una ficha de observación y descripción de sus emociones sacada del Manual de la doctora

Linehan (Anexo IV). Y otra ficha en la que se registre las actividades que la paciente ha hecho para reducir las emociones que le producen dolor, también sacada del manual de la doctora pero con pequeñas modificaciones en función de la intervención (Anexo V).

Desde la Terapia Dialéctica Conductual las estrategias de resolución de problemas se solapan con las habilidades de regulación emocional. Esto tiene sentido si se tiene en cuenta que en los pacientes con TLP la mayoría de sus problemas vienen dados por sus emociones tan extremas. Sin embargo, en esta intervención, para cumplir el objetivo de desarrollar habilidades de solución de problemas se incorporará la *técnica del ramillete* utilizada en la Terapia Icónica, en la cual se han obtenido resultados de eficacia (Santiago y Cols., 2005). (Anexo VI)

El cuarto objetivo basado en desarrollar habilidades de tolerancia al malestar tiene como finalidad que la paciente sea capaz de aceptarse, de una manera no evaluativa, a ella misma y a una situación negativa, reduciendo de esta manera el sufrimiento. Las técnicas que se utilizarán son:

- Habilidades de distracción:

Actividades distractoras: Se pueden practicar aficiones que le gusten a la paciente o bien utilizar aquellas que haya elegido en la regulación de emociones.

Ayudar a los demás: Hacer trabajos de voluntariado, preparar una sorpresa a alguien,...

Comparar nuestra situación con la de otros. Compararse con gente que está peor que nosotros, leer sobre desastres o el sufrimiento ajeno.

Tener pensamientos distractores. Contar hasta 10, ver la televisión, contar los colores de un cuadro, leer.

Experimentar sensaciones intensas: Apretar una bola de goma con la mano, escuchar música a un volumen muy alto, sostener un hielo en la mano.

En estas técnicas también se podrá llevar a cabo la estrategia de relajación si la paciente así lo decide.

- Pensar en los pros y los contras de tolerar el malestar. Se basa en hacer una lista y, por un lado, imaginar las consecuencias positivas de tolerar el malestar, y por otro, pensar en todas las consecuencias negativas de no tolerarlo.
- Tareas para casa: Rellenar una ficha sacada del Manual de la doctora Linehan pero modificada en función del caso (Anexo VII).

El quinto objetivo es desarrollar habilidades de comunicación. En las sesiones dedicadas a tal fin, no sólo participará la paciente, sino toda la familia, ya que, se ha observado que uno de los problemas que afecta a la vida de Sonia es la mala comunicación que hay en su casa. Para ello se seguirá el siguiente orden:

- La primera entrevista familiar supone una primera toma de contacto con el entorno más cercano de la paciente. Por ello, es conveniente crear un clima favorable y colaborador, donde las preguntas serán abiertas con la oportunidad de dejar expresarse a todos los miembros de la familia tanto con el terapeuta como entre ellos. De este modo, se podrá observar los patrones disfuncionales que están dando lugar a la mala comunicación.
- Una vez hecho esto, se procederá a entrenar al grupo en habilidades de asertividad, mediante técnicas de *role-playing* que propondrá el terapeuta.
- Para poner en práctica estas habilidades, se plantearán diferentes situaciones con el objetivo de ver cómo reaccionan y se desenvuelven cada uno de los miembros de la familia y observar si son capaces de poner en práctica las habilidades adquiridas.

En cuanto a la planificación de las sesiones, la terapia tendría una duración de un año, comenzando en Julio de 2013 y acabando en ese mismo mes del año siguiente. En el Anexo VIII se puede observar el cronograma. Durante 6 meses Sonia acudirá a consulta una vez por semana, donde se trabajaran los distintos objetivos. En el caso de que la paciente vuelva a tener dificultades en habilidades ya trabajadas se volverán a retomar. Para evaluar la intervención la paciente seguirá viniendo a sesiones periódicas durante el año, aunque, a partir de los 6 meses, se irán reduciendo gradualmente. A partir de ese período no hay una guía a seguir sino que se trabajará lo que la paciente necesite o lo que el terapeuta convenga necesario.

Referencias

- Belloch, A. y Fernández-Álvarez H. (2005). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V.E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad: Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V.E. (2010). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Chávez, E., Ng, B. y Ontiveros-Urbe, M.P. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud Mental*, 29(5), 16-24.
- Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78), 51-70.
- García, M.T., Martín, M.F. y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(106), 263-278.
- Gunderson, J.G. (2006). *Trastornos límite de la personalidad: Guía Clínica*. Barcelona: Ars Medica.
- Hampton, M. D. (1997). Dialectical behavior therapy in the treatment of persons with borderline personality disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 11(2), 96-101.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060.
- Linehan, M.M. (1993). *Manual de tratamientos de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 971.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1771-1775.
- Lion, J.R. (1978). *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna (2ª ed.)*. Barcelona: Masson.
- Olivares, J. y Méndez, F.X. (2010). *Técnicas de modificación de conducta (6ª ed.)*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ortiz-Tallo, M. y Ferragut, M. (2010). Análisis cualitativo de la Personalidad de una Actriz. Estudio de Caso y Trastorno de Personalidad Límite. *Clínica y Salud*, 21(2), 167-182.
- Palacios, A. G. Un programa de tratamiento para el trastorno límite de la personalidad: La terapia Dialéctico Comportamental.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I*. Madrid: Pirámide
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Santiago, S. (2006). *Tratando...inestabilidad emocional. Terapia Icónica*. Madrid: Pirámide.
- Santiago, S., Castro, S., Cañamero, D., Godoy, A., Valverde, S., Artacho, V. y Marcos, C. (2005). Terapia Icónica en Inestabilidad Emocional. Estudio Preliminar. *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 5(2), 151-164.

- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Pearson Educación.
- Silbersweig, D., Clarkin, J., Goldstein, M., Kernberg, O., Tiescher, O., Levy, K., ... & Stern, E. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *164*(12), 1832-1841.
- Takahashi, T., Chanen, A.M., Wood, S.J., Yücel, M., Kawasaki, Y., McGorry, P.D., Suzuki, M., Velakoulis, D. y Pantelis C. Superior temporal gyrus volume in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *182*(2010), 73-76.
- Vallejo, M.A. (2012). *Manual de terapia de conducta (vol.2)*. Madrid: Dykinson.

ANEXO I. Relajación Progresiva de Jacobson

	Músculos	Ejercicios de tensión
EXTREMIDADES SUPERIORES	Mano y antebrazo dominante	Apretar el puño.
	Brazo dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón o la superficie
	Mano y antebrazo no dominante	Apretar el puño.
	Brazo no dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón o la superficie.
CABEZA Y CUELLO	Frente	Levantar las cejas con los ojos cerrados.
	Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
	Boca	Apretar los dientes, los labios y la lengua contra el paladar.
	Cuello	Empujar la barbilla contra el pecho y evitar que lo toque.
TRONCO	Hombros, pecho y espalda	Arquear la espalda como si se fueran a unir los omóplatos entre sí.
	Estómago	Poner el estómago duro, encogerlo.
EXTREMIDADES INFERIORES	Muslo dominante	Apretar el muslo contra el sillón o superficie.
	Pierna dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba.
	Pie dominante	Doblar los dedos hacia dentro y curvar el pie.

Muslo no dominante	Apretar el muslo contra el sillón o superficie.
Pierna no dominante	Doblar los dedos del pie no dominante hacia arriba
Pie no dominante	Doblar los dedos hacia dentro y curvar el pie
